

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



Escuela de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Grado de Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Título: Cuidados de enfermería en pacientes
intervenidos de artrosis de cadera.

Autor: Milagros del Arco Romero

Tutor: Prof. Herminio Sánchez Sánchez

Fecha: Junio 2012

El profesor **Herminio Sánchez Sánchez**

En su calidad de tutor, considera que el Trabajo Fin de Grado titulado **Cuidados de Enfermería en pacientes intervenidos de Artrosis de Cadera**

Realizado **por Milagros del Arco Romero**

Cumple los requisitos para proceder a su presentación ante la Comisión Evaluadora.

Fdo.: Herminio Sánchez Sánchez

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
ETIOLOGÍA	4
CUADRO CLÍNICO	5
DIAGNÓSTICO.....	5
EVOLUCIÓN.....	6
TRATAMIENTO.....	6
PRÓTESIS DE CADERA	7
<input type="checkbox"/> COMPONENTES DE LAS PROTESIS DE CADERA.....	7
<input type="checkbox"/> MATERIALES UTILIZADOS.....	8
PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	9
<input type="checkbox"/> VALORACIÓN ESTANDARIZADA	9
<input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	11
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LA ARTROPLASTIA DE CADERA.....	11
RESULTADOS ENFERMEROS EN LA ARTROPLASTIA DE CADERA.....	12
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ARTROPLASTIA DE CADERA.....	14
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN Y POSIBLES COMPLICACIONES	20
ENSEÑANZA DE CUIDADOS AL PACIENTE Y SU FAMILIA.....	21
ENSEÑANZA DE CUIDADOS EN EL DOMICILIO.....	23
CONCLUSIÓN	24
BIBLIOGRAFÍA	24

RESUMEN

La artrosis de cadera supone la destrucción progresiva del cartílago que la recubre.

Esto sucede en distintas fases, cuando ha evolucionado y al paciente le es difícil realizar su AVD, la mejor solución es la artroplastia de cadera (prótesis).

En las plantas de traumatología tanto la artroplastia de cadera como de rodilla, es la intervención quirúrgica que presenta mayor incidencia.

Se ha creado un plan de cuidados estandarizados para los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, es la base para poder elaborar protocolos de cuidados adaptados a cada tipo de paciente y a su evolución.

Las intervenciones de enfermería (NIC) irán dirigidas a lograr resultados (NOC) para principalmente controlar el dolor y la pronta y buena recuperación postquirúrgica, mejorar la movilidad, cubrir las necesidades del autocuidado, evitar caídas e informar al paciente y su familia tanto verbal como por escrito de las acciones y cuidados durante su estancia hospitalaria y posteriormente en su domicilio.

INTRODUCCIÓN¹⁰

La articulación de la cadera (*fig.1*) es el encaje que forman la cabeza del hueso del fémur, de forma semiesférica, con el cotilo de la pelvis, que es una cavidad del hueso de la cadera también de forma semiesférica, la zona de contacto de los dos huesos está recubierta por una capa llamada cartílago, que permite distribuir las cargas y disminuir el rozamiento entre los huesos con los movimientos de la articulación.

La artrosis supone una destrucción progresiva de este cartílago, por envejecimiento o bien por mal rozamiento cuando su superficie se hace irregular por golpes infecciones etc. El hueso empieza a sufrir cambios, espesándose, y produciendo salientes llamados osteofitos.

La artrosis de cadera¹⁴ supone la pérdida de cartílago en la articulación de la cadera llamada coxa en latín.

Esta enfermedad afecta algo más a mujeres que a hombres y es la segunda en frecuencia tras la artrosis de rodilla.

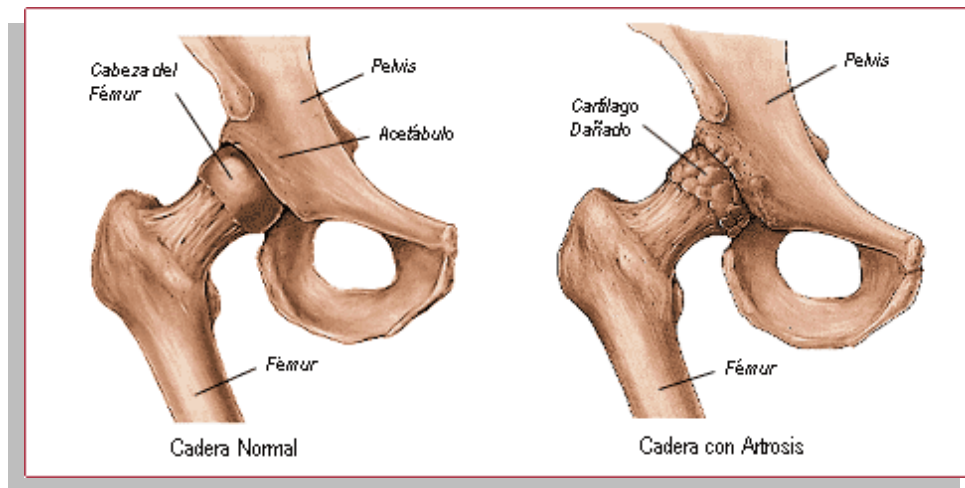


Figura 1: cadera normal y con artrosis

ETIOLOGÍA

- ~ Edad.
- ~ Obesidad.
- ~ Artrosis generalizada.
- ~ Deportes de contacto por sobrecarga de la articulación.

- ~ Por trabajos con uso de la fuerza física.

OTRAS CAUSAS SECUNDARIAS A PROCESOS:

- ~ Trastornos del desarrollo fetal como la displasia de cadera, que lleva a la luxación congénita de la cadera.
- ~ Trastornos del crecimiento: enfermedad de Perthes o la epifisiolisis.
- ~ Enfermedades reumáticas.
- ~ Fracturas articulares con fragmentos que no quedan en buena posición.
- ~ Infecciones articulares.
- ~ Osteonecrosis o necrosis ósea avascular por falta de flujo de sangre a la cabeza femoral.
- ~ Dismetría, desigualdad de la longitud de las extremidades de + de 3 cm.

CUADRO CLÍNICO⁷

- **Dolor:** es el síntoma básico es de tipo mecánico, y aumenta cuando comienza a moverse o caminar, con el reposo cede. Puede haber fases de aumento del dolor llamados brotes o crisis Se nota dolor en el pliegue de la ingle, en la zona glútea, cuando evoluciona se notan crujidos al mover la articulación.
- **Limitación** progresiva de la movilidad de la articulación. Los movimientos que más se limitan es la rotación hacia afuera y luego la separación y extensión de la extremidad. Con el tiempo aparece contractura y rigidez.

DIAGNOSTICO⁷

Exploración clínica:

- ~ **RX:** el hueso de la zona aparece muy blanco y se aprecian salientes en forma de pico en los bordes (Osteofitos)
- ~ **TAC:** escáner o tomografía axial computarizada
- ~ **RMN:** resonancia magnética nuclear.

EVOLUCIÓN³

Es una enfermedad de curso lento que empieza con dolor y continua con progresiva pérdida de movilidad.

Las artrosis secundarias a irregularidades del cartílago (fracturas, infecciones) evolucionan con más rapidez.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO EN LAS PRIMERAS FASES:

FÁRMACOS:

- ~ Analgésicos puros (solo actúan contra el dolor).
- ~ Analgésicos con efecto antiinflamatorio.

REHABILITACIÓN:

- ~ Es muy importante y se basa en la gimnasia de mantenimiento.
- ~ En algunos casos se asocia a ciclos de masaje descontracturante, electroterapia y ultrasonido.
- ~ Ejercicios para tonificar la musculatura y estirar la articulación.

¿QUÉ PUEDE HACER EL PACIENTE EN ESTAS PRIMERAS FASES?

- ~ Revisiones médicas para ver la evolución y ajustar medicación.
- ~ Aplicarse calor local (duchas, mantas eléctricas,...).
- ~ En personas obesas bajar peso (cada kilo perdido supone una descarga de 4 Kg para la cadera).
- ~ Evitar el ejercicio fuerte (salto, carreras, levantamiento de pesos,...).
- ~ Se puede nadar y montar en bici porque el movimiento es armónico.
- ~ Caminar por terreno llano sin cuestas ni irregularidades.
- ~ Hacer gimnasia de mantenimiento que incluye estiramientos y ejercicios de tonificación muscular y de relajación.
- ~ En caso de crisis de dolor reposar en la postura más cómoda para el paciente.

TRATAMIENTO EN LA SEGUNDA FASE:

Cuando el dolor no se puede controlar o la limitación invalida al paciente se indica la cirugía con varias opciones según la actividad física, el estado de los huesos y el grado de lesión:

- ✚ ARTRODESIS: Unir el fémur con la pelvis la articulación desaparece, el problema es que la cadera queda inmóvil. Esta técnica se emplea raramente.
- ✚ OSTEOTOMIA: Se realizan corte en el hueso de forma que se cambia la orientación de la cabeza en su unión con el cotilo. Esta técnica se indica para personas jóvenes con poca lesión artrósica y buena movilidad.
- ✚ ARTROPLASTIA DE CADERA: Es la intervención más habitual consiste en la sustitución de la articulación por una prótesis.

PRÓTESIS DE CADERA¹⁵

Es el sustituto artificial de la articulación de la cadera.

Se suele realizar cuando la cadera propia sufre un daño que no permite realizar una vida normal.

Las prótesis de cadera han evolucionado a lo largo del tiempo sobre todo a la forma y a los materiales utilizados, hoy en día existen numerosos tipos de prótesis que se adaptan a cada paciente y a cada situación personal.

La cirugía consiste en extirpar las partes lesionadas y la colocación de los componentes que forman las prótesis.

Todas las prótesis están sometidas a desgaste por lo tanto al cabo del tiempo dejarán de funcionar con normalidad y se requerirá una cirugía para recambiar las partes gastadas, generalmente entre 15 o 20 años.

✚ COMPONENTES DE LAS PROTESIS DE CADERA: (FIG 2)¹⁷

- ~ *Componente femoral*: Es un vástago que se introduce en el interior del canal medular, para ello será necesario extirpar la cabeza del fémur.

- ~ **Cabeza o componente cefálico:** Es una esfera que se acopla al vástago. En alguna prótesis el vástago y la cabeza son una misma pieza.
- ~ **Componente acetabular:** Es el que sustituye la parte de la articulación de la cadera unida a la pelvis. Es una esfera hueca que se adapta perfectamente a la cabeza o componente cefálico.

MATERIALES UTILIZADOS (Fig. 2)

- ~ Son de material metálico como el acero o el titanio, deben ser un material resistente que es el encargado de transmitir todo el peso del cuerpo al fémur.
- ~ La cabeza o componente cefálico será de un material que permita crear una superficie muy lisa y resistente al desgaste son: cerámica, acero o polietileno de alta densidad.

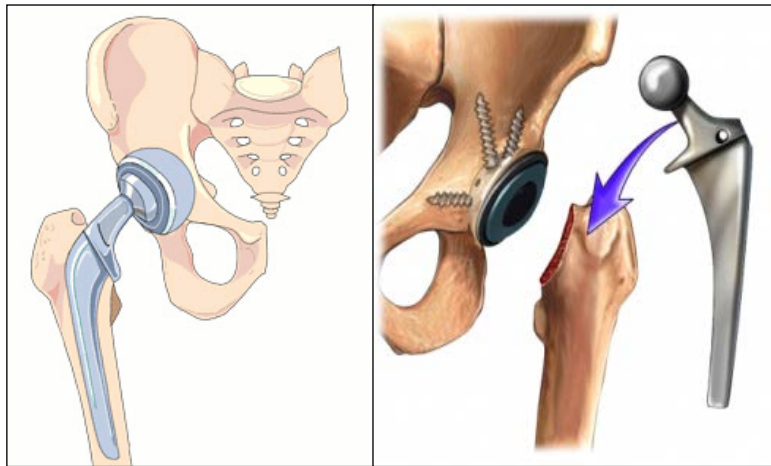


Figura 2: componentes de prótesis total de cadera

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA¹

Los cuidados de enfermería en la fase de recuperación tras la intervención quirúrgica son indispensables para la adecuada recuperación de las alteraciones y cambios que esta intervención produce en la satisfacción de las necesidades del paciente y en el estado de salud.

Estos cuidados deben ir encaminados:

- ~ A la prevención de posibles complicaciones.
- ~ Al fomento de la autonomía.
- ~ A la ayuda de la movilización articular y deambulación.
- ~ A la disminución del dolor.
- ~ Al cuidado de la herida quirúrgica.
- ~ A la recuperación temprana del paciente.

Todo esto sumado a la tendencia de acortamiento de las estancias hospitalarias justifica la necesidad de disponer un plan de cuidados estandarizados para que sirva de guía para proporcionar cuidados individualizados a cada paciente.

VALORACIÓN ESTANDARIZADA.²

Se realiza según el modelo de necesidades básicas de V.HENDERSON:

- ~ RESPIRAR NORMALMENTE: Sin alteraciones de interés.
- ~ COMER Y BEBER ADECUADAMENTE: Como todo acto quirúrgico el paciente debe permanecer en ayunas en el preoperatorio y postoperatorio inmediato pasadas las primeras horas se iniciará la tolerancia a líquidos y posteriormente dieta progresiva hasta llegar a su dieta habitual.
- ~ ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES: La escasa actividad conduce a una disminución de la motilidad intestinal. El paciente regresará de quirófano sondado. El sondaje se retirará habitualmente a las 24h después de la operación y en cualquier caso lo antes posible.
- ~ MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS: La realización de ejercicio previo a la intervención mejora la recuperación física del paciente, el dolor y la movilidad.

Prescripción de restricción de movimientos: el primer día reposo en cama; a las 24 h. puede sentarse en el sillón después de RX de control y entre 24-48 h. inicia la deambulaci3n con andador o muletas, salvo contraindicaci3n m3dica por alguna complicaci3n quir3rgica.

~ DORMIR Y DESCANSAR: Se puede producir alteraciones por dolor, restricción de movimientos, las actividades de cuidados y las molestias postoperatorias.

~ MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LÍMITES NORMALES: En el intraoperatorio y postoperatorio inmediato puede haber un cierto desequilibrio de la temperatura corporal.

~ MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL:

- La imposibilidad de realizar determinados movimientos el dolor, la inflamaci3n y otros sntomas de fatiga y la debilidad limitan la capacidad del paciente para realizar las AVD, como el baño y el aseo.
- Inflamaci3n del miembro inferior.
- En la artroplastia de cadera la herida quir3rgica est3 en la zona de la cadera y finalizada la cirugía se dejar3 un drenaje que se retirará a las 24-48 h. de la intervenci3n

~ EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES:

- El dolor es un sntoma presente desde el preoperatorio. En el postoperatorio necesita un tratamiento analgésico especial al ser un tipo de cirugía muy dolorosa.
- La posibilidad de caídas es elevada por la debilidad causada por la p3rdida hemática, el dolor, la dificultad de la deambulaci3n y el déficit de fuerza y equilibrio.
- La incorporaci3n a sus actividades habituales ser3 pasados unos meses.

~ APRENDER, DESCUBRIR Y SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL: Los resultados

de la intervención son fuente de temor par el paciente y su familia. Desconoce el proceso, la secuencia de acontecimientos en el postoperatorio y los cuidados posteriores a la intervención quirúrgica.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Los cuidados de enfermería han sido elaborados pensando en los problemas que con mayor frecuencia presentan los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera, y van dirigidos tanto a los pacientes como a las personas que los cuidan. En cualquier caso, no debemos olvidar que se tratan de *Cuidados de Enfermería Estandarizados*, y que se deben adecuar a cada paciente y a su entorno familiar.

Los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería más frecuentes en la artroplastia de cadera se han elaborado siguiendo la codificación de la taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), NOC (*Network Operations Center*), NIC (*Network Information Center*).

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LA ARTROPLASTIA DE CADERA. (NANDA)¹²

- a. **00148** Temor.
- b. **00132** Dolor agudo.
- c. **00126** Conocimiento deficiente: régimen terapéutico.
- d. **00043** Protección inefectiva.
- e. **00015** Riesgo de estreñimiento.
- f. **00108** Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- g. **00109** Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.
- h. **00110** Déficit de autocuidado: uso del inodoro.
- i. **00102** Déficit de autocuidado: alimentación.
- j. **00085** Deterioro de la movilidad física.
- k. **00095** Insomnio.
- l. **00155** Riesgo de caídas.

**RESULTADOS ENFERMEROS EN LA ARTROPLASTIA DE
CADERA (NOC)¹¹**

- 1) **1302** Afrontamiento de los problemas:
 - 130203 Verbalizar sensación de control.
 - 130204 Refiere disminución del estrés.
 - 130205 Verbaliza aceptación de la situación.
 - 130206 Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.

- 2) **1605** Control del dolor:
 - 160503 Utiliza medidas preventivas.
 - 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.
 - 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada.
 - 160511 Refiere dolor controlado.

- 3) **1813** Conocimiento del régimen terapéutico:
 - 181302 Descripción de los propios cuidados para el tratamiento actual.
 - 181305 Descripción de la dieta prescrita.
 - 181306 Descripción de la medicación prescrita.
 - 181307 Descripción de la actividad prescrita.
 - 181308 Descripción del ejercicio prescrito.

- 4) **0912** Estado neurológico: consciencia.
 - 091202 Orientación cognitiva.
 - 091204 Obedece órdenes.

- 5) **0501** Eliminación intestinal:
 - 050101 Patrón de eliminación.
 - 050104 Cantidad de heces en relación con la dieta.

- 6) **3006** Satisfacción del paciente: cuidado físico (para los días de reposo en cama).

- 300602 Ayuda con las comidas.
- 300606 Ayuda del aseo.
- 300607 Mantenimiento de los hábitos intestinales normales.
- 300608 Mantenimiento de los hábitos vesicales normales.
- 300612 Mantenimiento de los cuidados cutáneos de rutina.
- 300614 Ayuda en el mantenimiento del confort.

7) **0300** Autocuidados: AVD (para los días posteriores).

- 030001 Come.
- 030002 Se viste.
- 030003 Usa el inodoro.
- 030006 Mantiene su higiene.

8) **0208** Movilidad:

- 020803 Movimiento muscular.
- 020806 Ambulación.

9) **0003** Descanso:

- 000301 Tiempo del descanso.
- 000303 Calidad del descanso.
- 000304 Descansado físicamente.
- 000308 Descansado emocionalmente.

10) **1909** Conducta de prevención de caídas:

- 190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda.
- 190902 Provisión de ayuda personal.
- 190910 Uso de zapatos bien ajustados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ARTROPLASTIA DE
CADERA: (NIC)⁸

- 1) **5610** Enseñanza pre quirúrgica:
 - Informar al paciente de fecha hora y lugar que está programada la cirugía.
 - Dar tiempo al paciente que haga preguntas.
 - Describir las rutinas del preoperatorio.
 - Enseñar al paciente como puede ayudar en la recuperación.
- 2) **5230** Aumentar el afrontamiento:
 - Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes.
- 3) **5820** Disminución de la ansiedad:
 - Crear un ambiente que facilite la confianza.
 - Escuchar con atención.
 - Explicar todos los procedimientos.
- 4) **5270** Apoyo emocional:
 - Animarle que exprese sus sentimientos.
 - Comentar la experiencia emocional con el paciente.
 - Proporcionar sentimientos de seguridad en periodos de ansiedad.
- 5) **5240** Asesoramiento:
 - Proporcionar información objetiva según sea necesario.
- 6) **5340** Presencia:
 - Estar físicamente disponible, como ayuda.
 - Permanecer con el paciente para seguridad y disminuir miedos.
- 7) **1400** Manejo del dolor:
 - Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia del paciente.

- 8) **2210** Administración de analgésicos:
- Utilización de agentes farmacológicos para disminuir el dolor.
- 9) **2400** Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA).
- 10) **2214** Administración de analgésicos: intraespinal.
- 11) **5610** Enseñanza pre quirúrgica.
- 12) **5618** Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Preparación del paciente para que comprenda el tratamiento prescrito.
- 13) **5612** Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
- Informar al paciente de los beneficios del ejercicio prescrito.
 - Enseñarle a realizar el ejercicio prescrito.
 - Observarle mientras realiza los ejercicios.
 - Proporcionar información acerca de los dispositivos de ayuda.
- 14) **5616** Enseñanza: medicamentos prescritos.
- Instruir al paciente acerca de la administración de cada medicamento.
 - Instruirle acerca de los posibles efectos adversos de los mismos.
- 15) **2870** Cuidados postanestesia:
- Control y seguimiento del paciente sometido a anestesia.
 - Administrar oxígeno si procede.
 - Vigilar y registrar signos vitales.
 - Controlar temperatura.
 - Vigilar la diuresis.
 - Valoración del dolor cada 15 minutos.
 - Controlar retorno de la función sensorial y motora.
 - Observar nivel de conciencia.

- Comprobar la zona de intervención.

16) **0450** Manejo del estreñimiento:

- Prevención y alivio del estreñimiento.

17) **1020** Etapas en la dieta:

- Instituir las necesarias restricciones de la dieta y su consiguiente progresión según tolerancia.

18) **0740** Cuidados del enfermo encamado.

19) **1801** Ayuda con el auto cuidado: baño/higiene.

20) **1802** Ayuda con los auto cuidados: vestir/arreglo personal.

21) **1803** Ayuda con el auto cuidado: Alimentación.

22) **1804** Ayuda del auto cuidado: aseo.

23) **4120** Manejo de líquidos.

24) **1100** Manejo de la nutrición.

25) **0224** Terapia de ejercicios: movilidad articular.

- Explicar al paciente /familia el objeto y el plan de ejercicios.
- Ayudar al paciente colocarse en posición optima para el movimiento articular.
- Fomentar sentarse en la cama o en silla según tolerancia.
- Realizar ejercicios pasivos.

26) **3540** Prevención de úlceras por presión.

27) **0221** Terapia de ejercicios: ambulación.

- Aconsejar al paciente el uso de zapato adecuado, cerrado y sin tacón.
- Ayudar al paciente en el traslado si es necesario.
- Ayudar en la deambulaci3n inicial.
- Vigilar la utilizaci3n por su parte de andador o muletas.

28) **6480** Manejo ambiental.

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Disponer de dispositivos de adaptaci3n.

29) **1850** Mejorar el sueño.

- Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

30) **0840** Cambios de posici3n.

- Movimiento deliberado del paciente para proporcionar bienestar.

31) **6482** Manejo ambiental: confort.

- Manipulaci3n del entorno del paciente para facilitar una comodidad 3ptima.

32) **6490** Prevenci3n de caídas.

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.
- Proporcionar dispositivos de ayuda: andador.
- Enseñar al paciente a utilizar el andador.
- Disponer de un elevador en el inodoro.
- Disponer de silla con altura respaldo y apoyabrazos adecuado.
- Asegurarse que el paciente lleve zapatos adecuados con suela antideslizante.

33) **6654** Vigilancia: seguridad.

- Comunicar acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.

INTERVENCIONES DERIVADAS DEL DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO Y EXPLORACIONES.⁵

- 1) **7310** Cuidados de enfermería al ingreso.
 - Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.
 - Disponer de una intimidad adecuada al paciente y su familia.
 - Realizar la valoración de enfermería.
 - Establecer el plan de cuidados, los diagnósticos, resultados e intervenciones.
- 2) **7460** Protección de los derechos del paciente.
- 3) **7920** Documentación.
 - Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.
- 4) **6650** Vigilancia.
 - Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.
- 5) **6680** Monitorización de los signos vitales.
 - Recopilación y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
- 6) **2930** Preparación quirúrgica.
 - Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.
- 7) **4190** Punción intravenosa.
 - Inserción de una aguja en una vena periférica al efecto de administrar líquido, sangre o fármacos.

- 8) **7820** Manejo de muestras.
 - Obtener preparar y preservar una muestra para análisis de laboratorio.
- 9) **4238** Flebotomía: Muestra de sangre venosa.
 - Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.
- 10) **7690** Interpretación de datos de laboratorio.
 - Análisis crítico de los datos de laboratorio para ayudar en la toma de decisiones médicas.
- 11) **2300** Administración de medicación.
 - Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos.
- 12) **2900** Asistencia quirúrgica.
 - Asistencia al cirujano en los procedimientos operatorios y en los cuidados del paciente quirúrgico.
- 13) **4200** Terapia intravenosa.
 - Administración y control de líquidos y fármacos por vía IV.
- 14) **4030** Administración de productos sanguíneos.
 - Administración de sangre y monitorización de la respuesta del paciente.
- 15) **8140** Informe de turnos.
 - Intercambio de información esencial del paciente al personal de otro turno.
- 16) **8060** Transcripción de órdenes.
 - Transferencia de información de las hojas de órdenes al sistema de documentación y planificación de cuidados del paciente.

17) **7370** Planificación del alta.

- Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro hospitalario.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN Y POSIBLES COMPLICACIONES.¹³

INFECCIÓN:

Es una complicación devastadora. Requiere tratamiento antibiótico por vía intravenosa por un periodo de 5ª 6 semanas y a veces extracción de la prótesis e implantación de una nueva. Es importante por tanto el uso de antibioterapia profiláctica, y un ambiente lo más aséptico posible:

1. **6545** Control de infecciones intraoperatoria.
2. **3440** Cuidados del sitio de incisión.
3. **1870** Cuidado del drenaje.
4. **6550** Control de infecciones.
5. **2440** Mantenimiento de dispositivos de acceso venosos.

HEMORRAGIA:

- 1) **4010** Precauciones con hemorragias.
- 2) **4160** Control de hemorragias.
- 3) **4030** Administración de productos sanguíneos.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.⁴

Son complicaciones graves y con el riesgo más elevado de mortalidad. Es importante la movilización precoz del paciente. A las 24h debe levantarse al sillón y entre 24 y 48 horas empezar la de ambulación.

Otra medida es la administración de heparina de bajo peso molecular por vía subcutánea desde el preoperatorio hasta que se deambule correctamente, es decir, entre 28 y 40 días.

- 1) **4110** Precauciones en el embolismo.
- 2) **2317** Administración de medicación subcutánea.

RETENCIÓN URINARIA:

- 1) **0590** Manejo de la eliminación urinaria.
- 2) **0620** Cuidados de la retención urinaria.
- 3) **0580** Sondaje vesical.

LUXACIÓN DE LA PROTESIS DE CADERA:

Contribuye el riesgo de luxación la mala posición de la cadera adoptada por el paciente, maniobras forzadas de flexión, aducción y rotación de la pierna. Evitar la flexión de la articulación de la cadera $> 90^{\circ}$

- 1) **0140** Fomentar los mecanismos corporales.

ENSEÑANZA DE CUIDADOS AL PACIENTE Y SU FAMILIA.⁶

La información al paciente es primordial para contribuir a su recuperación, siendo igualmente importante hacer partícipe de la enseñanza de cuidados a la familia.

La información se irá introduciendo a lo largo de la hospitalización y será adaptada a las necesidades y características de cada enfermo.

La información será oral y escrita e incluirá todo el proceso de cuidados.

Antes de la intervención:

1. Se informará al paciente y su familia de la fecha, hora, lugar y duración aproximada de la operación y la ubicación de la salas de espera.
2. Se le describirán las rutinas preoperatorias:
 - ~ Tipo de anestesia.
 - ~ Necesidad de ayuno preoperatorio (6 a 8 horas).
 - ~ Preparación de la piel.
 - ~ Terapia IV.
 - ~ Vestimenta.
 - ~ Retirada de maquillaje, objetos y prótesis móviles.

Después de la intervención:¹⁶

1. Información sobre los dispositivos que el paciente trae del quirófano y cuidados de los mismos: vendaje, drenaje, sonda vesical, vías venosas, catéter epidural.
2. Restablecimiento paulatino de la dieta.
3. Proporcionar información del dolor y la analgesia.
4. Explicar la finalidad de todas las técnicas y tratamientos administrados: sueroterapia, analgésicos, antibióticos, anticoagulantes, medias de compresión.

Para moverse en la cama se ayudará de un triángulo que cuelga en el cabecero de la cama.

El primer día el paciente se mantendrá en cama boca arriba, la cadera estará en abducción es decir con las piernas separadas.

Al día siguiente de la intervención tras un control radiológico puede empezar a sentarse siempre con ayuda del personal. Se sentará en sillón alto recto y con reposabrazos.

Se evitara posiciones luxantes: ⁹

- ~ Cruzar las piernas.
- ~ Sobrepasar el ángulo de 90° entre las piernas y el tronco.
- ~ Inclinar hacia adelante estando sentado.
- ~ Acostarse sobre el lado no operado.
- ~ Girar la pierna operada hacia dentro.
- ~ No arrodillarse.
- ~ Girar el cuerpo sobre la pierna operada.

A partir del segundo día puede empezar a caminar (salvo contraindicación médica), siempre utilizando un andador.

La deambulacion se ha de iniciarse en distancias cortas e ir aumentando progresivamente.

El paciente debe dar varios paseos alternando con ejercicios y reposo en cama.

Los primeros días del postoperatorio permanecerá sentado la mayor parte del tiempo necesitará tener cerca el teléfono, el mando de la tele, libros para leer y el timbre para avisar al personal por si necesita ayuda.

ENSEÑANZA DE CUIDADOS EN EL DOMICILIO⁶ (Fig. 3)

1. Explicar antes del alta, el cuidado de la herida quirúrgica, curar con suero y betadine, los primeros días la herida se cubrirá con un apósito estéril.
2. Las grapas se retiraran en el centro de salud por la enfermera de atención primaria, pasados 15 días después de la I.Q.
3. No olvidarse de la medicación en las horas indicadas.
4. No olvidar pincharse la heparina de bajo peso todos los días y a la misma hora.
5. Para su aseo personal es más aconsejable que el paciente use la ducha mejor que el baño, colocar un taburete alto dentro de la ducha para sentarse y evitar caídas y resbalones.
6. Utilizar zapatos cerrados y cómodos, las zapatillas sin talón puede escurrirse y provocar una caída.
7. No aumentar de peso si es necesario bajarlo, para evitar sobrecarga.
8. Se caminará con muletas, el primer mes con las dos, a partir del segundo con una, y retirarlas a los tres meses.
9. Pasados seis meses podrá realizar vida normal, nadar bicicleta y caminar sin muleta.

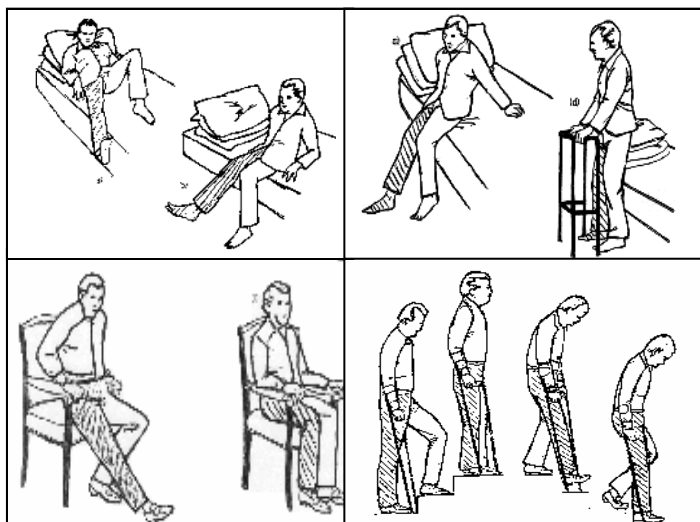


Figura 3: Movilización para levantarse, sentarse y caminar

CONCLUSIÓN

La artroplastía de cadera, es en la actualidad la intervención quirúrgica que presenta mayor incidencia en los servicios de cirugía ortopédica y traumatología y la mejor solución en el tratamiento de la discapacidad que presenta los pacientes con artrosis, artritis y otros problemas reumatológicos, mejorando su sintomatología y calidad de vida.

Los planes de cuidados estandarizados para la artroplastia de cadera ayudan tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio, el control del dolor una rápida y buena recuperación postoperatoria, a mejorar la movilidad y ofrecerle educación sanitaria al paciente para ayudarle en su retorno a la normalidad y volver a ser autónomo en sus actividades de la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ackley BJ, Ladwig, GB: Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados 7ª ed. Madrid: Elsevier, 2007.
- 2- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey JC. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2009.
- 3- Cáceres Palou E et al. Manual SECOT de cirugía ortopédica y traumatología. Madrid: Médica Panamericana, 2003
- 4- Cardoso Candemil, Patrick. Factores predictivos de la trombosis venosa profunda postoperatoria en la cirugía de la cadera Bellaterra U. Autónoma Barcelona 1999.
- 5- Fernández- Lasquetty Blanc, Blanca. Cuidados del paciente con alteraciones Traumatológicas y ortopédicas. Madrid-Difusión Avances de Enfermería (DAE);2011.
- 6- Fernández-Lasquetty Blanc B. Recomendaciones tras la cirugía de cadera. Enfertrauma 2003. [en línea] [fecha de acceso: 10 de enero de 2010]. URL disponible en:http://enfertrauma.es/pag/05_recomenCadera.html
- 7- Gurenini, Francisco Z Diagnostico de las enfermedades de cadera. Buenos Aires, Mundi, 1996.
- 8- Johson M, Bulechek G, Butcher H, Maas M, McCloskey J, Moorhead S, Interrelaciones NANDA, NIC Y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Mosby; 2007
- 9- Kapandji Adalbert Ibrahin. Fisiologia Articular: Esquemas comentados de mecánica humana Vol 2 Miembro inferior: La cadera. Madrid Panamericana 1998 (reimp 2007)

- 10-Masson, D.L. La cadera Barcelona 2001-2002.
- 11-Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- 12-NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier, 2008.
- 13-Pagés E, Iborra A, Cuxart J. Artroplastia de cadera. Rev. Rehabilitación 2007, 41(6):280-289.
- 14-P. Barceló y P. Barceló (JR). Barcelò Garcia P. La Artrosis Barcelona. Ancora 1982.
- 15-Salvati EA, Wilson PD. Reemplazos totales de cadera. Resultados y complicaciones. Rev. Ortop Traumatol 2007; 51: 1-6.
- 16-Schier. Raymond. Fisioterapia de la articulación de la cadera: bases, técnicas y tratamiento diferencial. Buenos Aires Editorial Médica Panamericana D.L. 2009.
- 17-Viladot Pericé, Ramón. Prótesis cadera y rodilla bajo dirección de Jacques Vidal Barcelona Massón, 1991.